

# 宝塚市立病院改革プラン 2017



平成29年（2017年）3月

# 目次

1. はじめに	
～プラン策定に至った経緯～	1
2. 対象期間	2
3. 将来目指すべき医療体制のために	
～地域医療構想を踏まえた役割～	2
4. 市民が住み慣れた地域で暮らし続けるために	
～地域包括ケアシステムの構築に向けた役割～	3
5. 将来も安定的に良質な医療を提供するために	
～経営の効率化等に向けた方針～	4
6. 本市の費用負担について	
～一般会計負担の考え方～	5
7. 数値目標について	5
8. 収支計画について	6
9. 再編・ネットワーク化の方針について	7
10. 経営形態の見直しの方針について	7
11. 点検・評価・公表について	8

## 【解説編】

1. これまでの改革の歩みと新プラン策定方針	9
2. 対象期間	12
3. 地域医療構想と市立病院	12
4. 地域包括ケアシステムと市立病院	22
5. 経営の効率化等	24
6. 一般会計負担の考え方	27
7. 数値目標	28
8. 収支計画	29
9. 再編・ネットワーク化	31
10. 経営形態の見直し	33
11. 点検・評価・公表	35

文中の表の合計は、端数処理の関係で、総数と内訳の合計とが一致しない場合があります。

また、多くの市民の皆さんに読んでいただけるよう、できるだけ分かりやすくするため、前半部分に本プラン対象期間中、宝塚市立病院がどのような役割を担っているのかを簡潔に記載し、後半の解説編は、前半部分の背景を詳細に記載する形式で作成しています。

# 宝塚市立病院改革プラン 2017

## 1. はじめに ～プラン策定に至った経緯～

市立病院は、平成 21 年度（2009 年度）から平成 25 年度（2013 年度）まで 5 か年の宝塚市立病院改革プラン、平成 26 年度（2014 年度）以降は、宝塚市立病院中期事業計画 2014<sup>1</sup>（以下「中期計画」という。）に基づき、医療機能の向上と経営改善に取り組んでいます。

公立病院としての市立病院の果たすべき役割について中期計画では、「市民の健康といのちを守ります」の理念と 6 つの基本方針<sup>2</sup>の下、次のことに取り組むことにより、地域住民の福祉を増進させ、良質な医療を安定的かつ継続的に提供することとしています。

- ・ 病病連携および病診連携の充実を進めながら、地域住民の医療を確保する
- ・ 本市の医療ニーズに対応するための医療提供体制を確保する
- ・ 医師の実地教育、医療技術者などの教育、医学・医術の進歩のための研究を行う
- ・ 住民の健康保持のための公衆衛生活動を行う

一方、厚生労働省は、地域包括ケアシステム<sup>3</sup>の構築を推進し、平成 28 年（2016 年）10 月には、兵庫県地域医療構想<sup>4</sup>が策定されるなど、医療機関同士の連携だけでなく、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会などの関係団体、介護施設や福祉（行政）との連携も進める役割が付加されました。また、総務省から新公立病院改革ガイドライン（以下「新ガイドライン」という。）が示され、地域医療構想を踏まえ、地域に必要な医療提供体制の確保と、それらを継続して提供するため、安定的に病院事業が黒字<sup>5</sup>であることを大前提とした新しい改革プラン（以下「新プラン」という。）の策定が求められました。

このため、本市は、中期計画で策定した市立病院の果たすべき役割に加え、

<sup>1</sup>宝塚市立病院中期事業計画 2014 とは、平成 26 年度（2014 年度）から 4 か年の医療機能の向上と経営改善の取り組みを定めた計画です。

<sup>2</sup>基本方針は、「安心を提供します」「安全な医療を心がけます」「救急医療とがん医療を推進します」「地域の医療機関や介護施設との連携を推進します」「新しい知識と高度な技術を追求します」「健全な病院経営を目指します」の 6 つです。

<sup>3</sup>地域包括ケアシステムとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、国が平成 37 年（2025 年）を目途に構築することを推進している、地域の包括的な支援・サービス提供体制のことです。

<sup>4</sup>地域医療構想とは、都道府県が策定する医療計画の中で、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため医療圏等における将来の医療提供体制に関する構想をいいます。兵庫県地域医療構想は、こちらのアドレスから参照できます（<http://web.pref.hyogo.jp/kf15/iryokousou.html>）。

<sup>5</sup>黒字とは、収益（入院収益や外来収益等）から費用（給与費や材料費等）を控除して計算した利益がプラスであることをいいます。

新ガイドラインに沿って、兵庫県地域医療構想で明らかにされた地域の医療提供体制の目指すべき姿と整合する新プランを以下の方針に基づいて、策定しました。

- ・兵庫県地域医療構想を踏まえた市立病院の平成 37 年(2025 年)のあるべき役割を明確にする。
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確にする。
- ・宝塚市立病院中期事業計画 2014 を基本に必要な見直しを加える。
- ・再編・ネットワーク化<sup>6</sup>について、兵庫県をはじめ近隣各市及び各公立病院と連携・協議する。
- ・経営形態の見直しについて、考え方を明記する。

【詳細は、解説編 9 ページ以降の「1. これまでの改革の歩みと新改革プラン策定方針」を参照ください】

## 2. 対象期間

平成 29 年度(2017 年度)から平成 32 年度(2020 年度)とします。

## 3. 将来目指すべき医療体制のために ～地域医療構想を踏まえた役割～

兵庫県地域医療構想によると、本市が属する阪神北圏域<sup>7</sup>では今後平成 37 年(2025 年)まで人口は減少し、高齢化率は上昇します。その後も同じ傾向で推移すると見込まれており、この状況は兵庫県全体と同様です。

一方、必要病床数は平成 47 年(2035 年)まで増え続けることが見込まれていますが、これは兵庫県全体のピークが平成 42 年(2030 年)であるのと比較すると、より長期的に病床の確保を図る必要があることを示しています。また、高度急

<sup>6</sup>再編・ネットワーク化とは、地域における公立病院などを、中核的医療を行う基幹病院と、基幹病院から様々な支援を受けつつ日常的な医療確保を行う病院・診療所へと再編するとともに、これらのネットワーク化を進めていくことです。

<sup>7</sup>阪神北圏域とは、兵庫県が病床の整備を図るにあたって設定した地域的単位で、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町が含まれています。

性期<sup>8</sup>病床と回復期<sup>9</sup>病床が不足しており、かつ、圏域内完結率<sup>10</sup>が県内で最も低くなっています。

高齢化がますます進行すると見込まれる中、市民が安心して暮らしていけるよう、市立病院においては、継続して良質な急性期医療を提供するため、救急受入体制とがん診療体制を強化します。また、地域の医療機関と連携して医療資源を効率的に活用するとともに、在院日数の短縮で、救急やがんを含む 5 疾病<sup>11</sup>に対する医療需要の増加に対応していきます。

このため、以下のことに取り組みます。

- ・二次救急医療<sup>12</sup>を担う病院として、その役割が真に発揮できるように取り組みます。
- ・三次救急医療<sup>13</sup>提供体制の確保に向けて、近隣の各市や公立病院と連携・協議を進めます。
- ・断らない救急を推進します。
- ・病床機能は一部病棟において高度急性期病床を確保します。なお、回復期病床の確保については、今後の課題とします。
- ・地域の医療機関との連携をさらに強化します。
- ・放射線治療<sup>14</sup>を開始し、がんの集学的治療<sup>15</sup>に取り組みます。
- ・今後とも、不足し、必要な診療科の医師確保に努めます。

【詳細は、解説編 12 ページ以降の「3. 地域医療構想と市立病院」を参照ください】

<sup>8</sup>急性期とは、症状が急激に現れる時期のことで、病気になり始めの時期ということもできます。そのうち、診療密度の高い医療が必要な時期を高度急性期といいます。

<sup>9</sup>回復期とは、患者の容態が危機状態（急性期）から脱し、身体機能の回復を図る時期のことをいいます。

<sup>10</sup>圏域内完結率とは、圏域内居住者が当該圏域内で医療サービスをどの程度の割合受けているかを表わしたものです。

<sup>11</sup>5 疾病とは、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患をいいます。

<sup>12</sup>二次救急医療とは、入院や手術などが必要と想定される重症な患者に対応する救急医療のことです。

<sup>13</sup>三次救急医療とは、二次救急まででは対応できない一刻を争う重篤な救急患者に対応する救急医療のことをいいます。三次救急では複数診療科にわたる特に高度な処置が必要であり、「救命救急センター」や「高度救命救急センター」が対応します。「高度救命救急センター」とは「救命救急センター」のうち特に高度な診療機能を有するものとして厚生労働大臣が定めた医療機関のことをいいます。

<sup>14</sup>放射線治療とは、放射線療法ともいい、放射線の照射による治療法です。本院では高エネルギーの X 線を用いた治療を行います。

<sup>15</sup>がんの集学的治療とは、手術治療、放射線治療、薬物療法などががんの治療法について、これらを単独で行うのではなく、がんの種類や進行度に応じ、さまざまな治療法を組み合わせる治療のことです。

#### 4. 市民が住み慣れた地域で暮らし続けるために ～地域包括ケアシステムの構築に向けた役割～

地域包括ケアシステムは、市民が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のことであります。

本市と市立病院は、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会などの関係団体、地域の医療機関、介護施設、地域包括支援センター<sup>16</sup>などで働く専門職はもちろん、民生委員・児童委員や地域の方々と連携してこのシステムを構築します。このため、以下のことに取り組みます。

- ・市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会などの関係団体、地域の医療機関、介護施設、地域包括支援センターなどとの積極的な情報共有に努めます。
- ・多職種連携<sup>17</sup>を通じて、在宅復帰に向けた退院支援に取り組みます。また、このための仕組みづくりを検討します。
- ・地域の関係機関で働く専門職への研修に取り組みます。
- ・在宅医療<sup>18</sup>の後方支援として、在宅療養者の病状急変時における後方病床の確保に努めます。

【詳細は、解説編 22 ページ以降の「4. 地域包括ケアシステムと市立病院」を参照ください】

#### 5. 将来も安定的に良質な医療を提供するために ～経営の効率化等に向けた方針～

公立病院として、安定的に継続して良質な医療を提供していくためには、財政的に健全でなければならず、その健全な基準として、経常損益<sup>19</sup>の黒字化が必

<sup>16</sup>地域包括支援センターとは、介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関です。

<sup>17</sup>多職種連携とは、異なった専門的背景をもつ専門職（医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職、介護専門職、福祉専門職など）が、共通の目標に向けて共に働くことをいいます。

<sup>18</sup>在宅医療とは、医師のほか、訪問看護師、薬剤師や理学療法士（リハビリ）等の医療関係者が、患者さんの住まいに定期的に訪問して行う、計画的・継続的な医学管理・経過診療のことです。

<sup>19</sup>経常損益とは、経常的な収益から経常的な費用を控除して算定する利益のことです。経常的な収益には、入院収益、外来収益、市からの経常的な補助金等が、経常的な費用には、給与費、材料費、経費、利息等が含まれます。

要であり、これを毎年度継続していきます。

また、病院職員の技術・知識の向上は、患者や医療に携わる人に市立病院を選択してもらうための重要な要素であるため、市立病院人材育成基本方針に基づいて計画的な人材育成に取り組みます。

- ・ 経常損益を継続的に黒字化します。
- ・ 病院職員の人材育成を計画的に行います。

【詳細は、解説編 24 ページ以降の「5. 経営の効率化等」を参照ください】

## 6. 本市の費用負担について ～一般会計負担の考え方～

- ・ 新プランの推進にあたっては、市立病院は公立病院として公共性と経済性を発揮しつつ、独立採算を維持することが原則ですが、一定の範囲については本市が負担します。

【詳細は、解説編 27 ページの「6. 一般会計負担の考え方」を参照ください】

## 7. 数値目標について

各年度の数値目標は以下のとおりとします。

### (1) 医療機能等に係る数値目標

項目	H27 実績	H28 見込	H29 目標	H30 目標	H31 目標	H32 目標
救急車受入件数(件)	4,767	4,286	4,800	4,900	5,000	5,000
がん入院患者数(人)	2,036	2,230	2,250	2,350	2,450	2,500
手術室手術件数(件)	3,445	3,476	3,550	3,600	3,650	3,700
在宅復帰率(%)	95	97	95	95	95	95
紹介率(%)	58	62	63	64	65	66
逆紹介率(%)	99	102	105	110	110	110
平均在院日数(日)	11.6	11.5	11.2	10.9	10.7	10.5

- 在宅復帰率とは、病院から退院した後に生活の場を自宅や居住系介護施設、一定の要件を満たした回復期・慢性期病院などに移した患者の割合です。
- 紹介率とは、受診した患者のうち、他の医療機関から紹介状を持参して来院した患者の割合です。
- 逆紹介率とは、初診患者数（救急車による搬送、休日夜間の救急患者を除く）に対する市立病院から他の医療機関へ診療情報提供書で紹介した患者の割合です。したがって、1人の患者について複数の医療機関に診療情報提供書を発行する場合もあり、数値が100%を超えることがあります。
- 平均在院日数とは、病院全体で平均して一人一人の患者が何日間入院しているかを示す数字です。

※各指標の詳細は解説編 28 ページを参照ください

## (2) 経営指標に係る目標

項目	H27 実績	H28 見込	H29 目標	H30 目標	H31 目標	H32 目標
経常収支比率(%)	98.9	99.6	100	100	100	100
医業収支比率(%)	93.5	94.9	95	95	95	95
1日当たり延入院患者数(人)	329.9	346.1	350	350	350	350
入院患者1人1日当たり診療収入(円)	52,835	53,667	54,484	55,371	56,241	57,786

- 経常収支比率とは、病院の経常的な収益で経常的な費用をどの程度賄えているかを示す指標で、100%を超えると経常的な利益が出ていることを表わします。
- 医業収支比率とは、病院の診療に係る収益で診療に係る費用をどの程度賄えているかを示す指標で、100%を超えると医業利益が出ていることを表わします。

※各指標の詳細は解説編 29 ページを参照ください

## 8. 収支計画について

各年度の収支計画は以下のとおりとします。

### (1) 損益計算書<sup>20</sup>

(単位:百万円)

項目	H29	H30	H31	H32
医業収益	10,789	11,010	11,199	11,455
医業費用	11,189	11,450	11,788	11,940
医業損益	-400	-441	-589	-485
医業外収益	953	972	1,013	1,050
医業外費用	449	453	500	542
経常損益	103	78	-76	23

平成30年度(2018年度)に(仮称)がん治療センターが稼働するため、その建物や医療機器に係る減価償却費が多額に計上されるため、また平成31年(2019年)10月に予定

<sup>20</sup>損益計算書とは、1年間の病院の経営成績(利益または損失がいくら出たか)を表わしたものです。



されている消費税率引き上げの影響により、当該年度以降の経常損益が減少しています。

※損益計算書の詳細は解説編 29 ページ以降を参照ください

## (2) キャッシュ・フロー計算書<sup>21</sup>

(単位:百万円)

項目	H29	H30	H31	H32
業務活動によるキャッシュ・フロー (A)	346	564	361	438
投資活動によるキャッシュ・フロー (B)	-1,291	-405	-418	-98
財務活動によるキャッシュ・フロー (C)	-357	-239	-43	-295
資金増加額 (D=A+B+C)	-1,303	-80	-99	45
資金期首残高 (E)	1,524	221	142	42
資金期末残高 (D+E)	221	142	42	87

※キャッシュ・フロー計算書の詳細は、解説編 30 ページ以降を参照ください。

### 9. 再編・ネットワーク化の方針について

- ・阪神北圏域における公立病院の将来構想について、兵庫県をはじめ近隣各市及び各公立病院と定期的に情報交換の場を持ち、連携と今後のあり方を検討します。

【詳細は、解説編 31 ページ以降の「9. 再編・ネットワーク化」を参照ください】

### 10. 経営形態の見直しの方針について

- ・安定的な経営が維持できないなど、現在の経営形態では解決が困難な課題に直面した場合には、それら課題解決のために必要な経営形態について検討を行います。

【詳細は、解説編 33 ページ以降の「10. 経営形態の見直し」を参照ください】

<sup>21</sup>キャッシュ・フロー計算書とは、病院が保有する現金と預金が、1年間で、どのような原因で増減したのかを表わしたものです。

## 11. 点検・評価・公表について

- ・病床機能の大幅な変更や経営形態の見直しなど、市民への医療提供体制に大きな変化をもたらす可能性がある場合は、市民の意見を聴く機会を設けます。
- ・年1回以上、市立病院内で点検・評価を行い、その内容を市病院事業運営審議会<sup>22</sup>に諮り、結果については、市立病院ホームページで公表します。
- ・各年度で取り組む具体的な方策については、アクションプラン(行動計画)を別途策定して、数値目標を定めて進行管理を行います。

【詳細は、解説編 35 ページ以降の「11. 点検・評価・公表」を参照ください】

<sup>22</sup>病院事業運営審議会とは、市長の諮問に応じて、宝塚市立病院についての重要な事項を調査、審議し、答申する第三者機関です。

## 解説編

### 1. これまでの改革の歩みと新プラン策定方針

#### (1) 公立病院改革の推進

総務省は平成 19 年(2007 年)12 月 24 日付けで、公立病院改革ガイドラインを通知し、全国の公立病院に対し、改革プランの策定を義務付けました。各公立病院は、改革プランに基づき経営改善に取り組んだ結果、平成 25 年度(2013 年度)には 5 割弱の病院が黒字化を達成し、改革プランの成果として報告されました。

一方、医師不足や持続可能な経営を確保しきれていない病院も多く、また、今後の人口減少や少子高齢化による医療需要の変化が見込まれているなか、新たな改革が必要とされました。

平成 25 年(2013 年)に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」では、都道府県が、公立病院・民間病院等を含めた構想区域ごとの医療提供体制について、平成 37 年(2025 年)の目指すべき姿を示す地域医療構想を策定することになりました。

また、平成 27 年(2015 年)3 月には、総務省から新ガイドラインが示され、新たな公立病院改革の取り組みを開始することになりました。地域医療構想と公立病院改革は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るという目的において共通しており、その検討も重なり合うこととなるため、新ガイドラインにおいては、今後の公立病院改革は、医療制度改革と密接な関連があり、地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に進める必要があるとしています。

#### (2) 市立病院における改革の現状

市立病院では、対象期間を平成 21 年度(2009 年度)から平成 25 年度(2013 年度)までの 5 か年とする宝塚市立病院改革プラン(以下「改革プラン」という。)、平成 26 年度(2014 年度)から平成 29 年度(2017 年度)までの中期計画を策定し、改革に取り組んできました。

その間、緩和ケア病棟、血液浄化療法<sup>23</sup>センター、消化器内視鏡センターを整備するなど、専門的な医療機能の向上に取り組むとともに、5 疾病 4 事業<sup>24</sup>の強化に向けて取り組んだ結果、がん入院患者数、脳卒中入院患者数、救急受入患者数、紹介率は当初の目標を達成し、市立病院の医療機能の向上が図られました。

また、平成 27 年(2015 年)7 月には休止していた病棟を再開して救急医療センターを設置

<sup>23</sup>血液浄化療法は血液から不要、あるいは有毒な物質を除去する治療方法で、透析・ろ過・吸着・分離などの方法があります。最も広く行われている血液浄化療法は慢性腎不全患者さんに対する血液透析療法です。

<sup>24</sup>兵庫県保健医療計画では、5 疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)5 事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)について計画を定めていますが、5 事業のうちへき地医療は本市には当てはまらないため、4 事業としています。

することで、さらなる救急医療機能の向上を図るとともに、がん医療の機能向上に向けて、平成 29 年度(2017 年度)中に(仮称)がん治療センターの設置を予定しています。

このような医療機能の向上に向けた取組によって、平成 27 年度(2015 年度)後半には病床稼働率が向上し、経常損益は改善傾向にありましたが黒字化には至りませんでした。

なお、中期計画における収支計画は、改革プランで目指した収支レベルを継続することを前提として策定したため、平成 25 年度(2013 年度)までの旧会計基準下での収支均衡を目標としていた経緯があります。この収支計画では、平成 26 年度(2014 年度)からの診療科の体制変更に伴う収益の減少が想定できていなかったことや、救急医療センターの開設も考慮されていないことから、新たな収支計画を策定する必要がありました。

そこで、今回の新プランの策定によって、継続して提供できる診療機能に合わせた新たな収支計画を策定します。このようなことから、中期計画は対象期間 1 年を残し、平成 28 年度(2016 年度)末をもって終了することとしました。

### (3) 経常損益と新会計基準

平成 25 年度(2013 年度)までの旧会計基準では、固定資産の減価償却費<sup>25</sup>の算定方法や退職金の計上方法が統一されておらず、公立病院間において、損益<sup>26</sup>計算の元となる根拠数値にばらつきが生じていました。しかし、とくに損益の判断基準として経常損益のみで経営状況が比較されていました。

平成 26 年度(2014 年度)から現行の会計基準が適用され、全国統一の基準で公立病院の損益が比較できるようになったため、この基準を用いて市立病院の過去の経常損益を算定してみたところ、平成 22 年度(2010 年度)から平成 25 年度(2013 年度)までの 4 か年において、経常損益は黒字であったことが分かりました。平成 26 年度(2014 年度)と 27 年度(2015 年度)は中期計画の経常損益において、約 5 億円の黒字を想定していましたが、赤字決算となりました。

中期計画との乖離が生じた大きな要因は、中期計画実行途中に一部の診療科に不測の体制変更があったためです。具体的には、平成 25 年(2013 年)4 月には 3 名だった常勤呼吸器内科医が当該年度末で全員退職し、平成 27 年(2015 年)7 月によりやく 1 名確保できましたが、呼吸器内科の収益はプラン策定時の平成 24 年度(2012 年度)と比較して平成 26 年度(2014 年度)は、入院は約 2.4 億円から 0 円に、外来は約 2.9 億円から約 0.3 億円に減少しました。また、他科でも平成 26 年(2014 年)5 月に、難度の高い手術を実施していた医師の退職があり、同じく入院が約 3.8 億円から約 2.2 億円、外来が約 1.1 億円から約 0.7 億円に減少しました。

平成 24 年度(2012 年度)と平成 26 年度(2014 年度)の比較では、この 2 科のみで約 7 億円の減収となり、特に呼吸器内科診療体制の変化は、呼吸器外科の手術数に影響を及ぼすなど、医業収益に大きな影響をもたらしました。また、一旦、黒字を達成し、これまで

<sup>25</sup>減価償却費とは、時間の経過や使用により価値が減少する建物や医療機器などの取得費用のうち、耐用年数に基づいて当期の費用(価値の減少分)の金額を計算したものです。

<sup>26</sup>損益とは、損失または利益のことです。

の累積利益<sup>27</sup>も平成 27 年度（2015 年度）末で 13 億円弱ありますが、市立病院の資金収支は厳しい状況にあります。その主な原因は退職手当組合<sup>28</sup>制度にあるため、その解決に向けて、退職手当組合に働きかけるとともに、市内部でも解決に向けて取り組んでいます。

なお、平成 26 年度（2014 年度）以降の医業外費用の増加は、消費税率が 5%から 8%に上昇した影響が含まれています。診療報酬<sup>29</sup>には消費税が上乘せされないため、市立病院が薬品の仕入れ等の際に支払う消費税分は、全額病院負担となるためこのように大きく増額します。平成 31 年度（2019 年度）にはさらに 2%の上昇が予定されており、病院の負担がさらに重くなる懸念されています。

また、平成 24 年（2012 年）11 月に外来処方进行全面院外処方<sup>30</sup>化した影響で薬品の購入量が減少し、平成 24、25 年度（2012、2013 年度）の医業費用と医業外費用が減少しています。

(単位:千円)

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
医業収益	8,470,236	9,354,216	10,084,656	10,006,171	9,308,795	9,193,758	9,961,818
医業費用	9,260,448	9,982,693	10,529,789	10,381,516	9,926,432	10,065,424	10,656,543
医業損益	-790,212	-628,477	-445,132	-375,344	-617,638	-871,666	-694,725
医業外収益	1,099,108	1,114,208	1,074,786	1,045,269	1,060,963	931,984	993,553
医業外費用	379,695	409,102	347,898	325,382	291,856	399,689	426,030
経常損益	-70,799	76,630	281,756	344,542	151,469	-339,371	-127,202
特別利益	11,718	15,141	9,036	8,814	96,859	16,086	5,798
特別損失	40,509	53,055	57,781	141,399	13,766	49,990	4,668
当年度純損益	-99,590	38,716	233,011	211,957	234,562	-373,276	-126,072

#### 新会計基準について

これまで、市立病院は平成 7 年度（1995 年度）を除いて赤字であったとされてきましたが、会計基準の変更によって、なぜこのような差異が生じるのかを以下で説明します。

大きな要因は、退職給付引当金<sup>31</sup>の導入と固定資産購入に係る補助金等の取扱い統一にあります。

退職給付引当金の導入で、給与費として計上するものが、「退職金の支給額または退職手当組合に支払った負担金の額」から、「職員が 1 年間勤務したことによって、将来支給しなければならない退職金が増加した額」に代わりました。市立病院では、退職手当組合への負担金支払額よりも職員が 1 年間勤務したことによって増加した将来の退職金額の方が小さいため、給与費がその分小さくなりました。（平成 26 年度（2014 年度）の影響額は約 2 億 6000 万円）

固定資産購入に係る補助金等の取扱いの統一で、これまでは固定資産購入時に補助金をもらった場合、固定資産の減価償却費を計算する際に、固定資産の取得価額から補助金を控除した金額を基に計算すること（「みなし償却」と呼ばれていました）が認められていました。つまり、固定資産取得のための補助金を購入後にももらった場合は、みなし償却はできず、市立病院ではこの補助金を控除しない方法により減価償却費を計算していました。

これが、会計基準の改正によってみなし償却は廃止され、補助金を控除して減価償却費を計算することはできなくなりました。また、補助金は、給付される時期に関わらず、対応する固定資産の耐用年数に亘って収益にすることになりました。（平成 26 年度（2014 年度）の影響額は約 3 億 5900 万円）

<sup>27</sup>累積利益とは、病院開設以来の損益を全て合計したもので、それが利益になっているものです。

<sup>28</sup>退職手当組合は、退職手当の支給と加入団体からの負担金の徴収を共同で処理することを目的とした組合で、正式名称は兵庫県市町村職員退職手当組合です。

<sup>29</sup>診療報酬とは、公的医療保険制度のもとで医療機関が行った医療サービスに対して、保険者から医療機関に支払われる報酬のことをいいます。

<sup>30</sup>院外処方とは厚生労働省が進める医薬分業の制度に伴い行われるもので、医師が薬の代わりに院外処方せんを患者に発行し、保険薬局の薬剤師が処方内容、薬の飲み合わせ等を再確認し、患者に薬を渡す仕組みのことです。

<sup>31</sup>退職給付引当金とは、将来、病院職員が退職した時の退職金支払いのうち、当期に負担すべき金額を見積もり、費用を計上する際に用いる勘定科目です。

#### (4) 新プランの策定方針

- ・地域医療構想を踏まえた市立病院の平成 37 年(2025 年)のあるべき役割を明確にします。
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確にします。
- ・中期計画を基本に必要な見直しを加えます。
- ・再編・ネットワーク化について、近隣公立病院と連携・協議します。
- ・経営形態の見直しについて、考え方を明記します。

## 2. 対象期間

新プランの対象期間は、新ガイドラインで、『策定年度あるいはその次年度から平成 32 年度(2020 年度)までの期間を対象として策定することを標準とする』と定められているため、平成 29 年度(2017 年度)から平成 32 年度(2020 年度)としました。

## 3. 地域医療構想と市立病院

### (1) 地域医療構想の基本的な考え方

平成 37 年(2025 年)には団塊の世代が全て 75 才以上となり、国民の概ね 3 人に 1 人は 65 才以上、5 人に 1 人が 75 才以上となります。後期高齢者<sup>32</sup>の増加は医療費の増加に直結することから、限られた医療資源を適正・有効に活用することが求められています。本市においても、65 歳以上人口の比率が平成 22 年(2010 年)の 22.4%から平成 27 年(2015 年)の 26.6%と急速に高齢化が進行しています(平成 27 年(2015 年)国勢調査より)。

そのため、医療機能の分化・連携により患者の状態に応じた適切な医療提供体制を整備するとともに、在宅医療の充実によって退院患者の生活を支える体制を整備する必要があります。

都道府県が策定する地域医療構想は、各地域の病院が医療提供体制の将来の目指すべき姿を明らかにするもので、それぞれの病院は、この地域医療構想を踏まえた施策展開を行うことが求められています。

### (2) 兵庫県地域医療構想について

兵庫県地域医療構想の中の県全体に関わる課題と具体的施策から、主なものを以下で記載します。

#### ① 病床機能の再編(機能分化と連携)

- ・将来の機能別医療需要を踏まえて、医療機関の自主的な取り組みを促進

---

<sup>32</sup>後期高齢者とは、75 歳以上の人のことをいいます。

- ・病床配分にあたり、圏域で不足する病床機能や、地域偏在の解消に留意
- ・休床中の病床の稼働にあたり、不足する病床機能を補う形での活用を促進
- ・医療機関間の連携
  - 地域医療連携クリニカルパス<sup>33</sup>の構築
  - 転院支援の病院連絡会の定期実施
  - 協力病院、かかりつけ医などの支援医療機関との連携強化

## ②在宅医療提供体制、介護保険施設の確保と連携強化

- ・慢性期<sup>34</sup>患者の受け皿となる在宅医療機関、施設等の強化

## ③5 疾病対策

- ・5 疾病に関する連携施策、一層の医療提供体制の充実を図ることが必要
- ・身体合併症<sup>35</sup>を抱えた精神・認知症患者への対応が精神科病床では難しいことから、治療や介護体制の充実と受け入れ先の確保が必要
- ・これらのことを踏まえ、圏域内の充足率の維持・向上のため、保健医療計画や健康増進計画<sup>36</sup>等に基づく取り組みを推進する。

## ④救急医療体制

- ・三次救急を提供する病院の医療機能の充実と二次救急を担う病院との機能分担、連携促進
- ・休日・夜間急患センター<sup>37</sup>及び在宅当番医制<sup>38</sup>による一次救急<sup>39</sup>提供体制の整備

## ⑤公立病院

- ・病床機能の転換・再編統合も視野に入れた連携の検討
- ・限られた医療資源の中で効率的で良質な医療を提供するため、病院・病床の機能分化、連携を促進

## ⑥医療従事者の確保

- ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士及び理学療法士等のリハビリテーション

<sup>33</sup>地域連携クリニカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰ることを目的とする診療計画で、治療を行う全ての医療機関で共有して用いるものです。

<sup>34</sup>慢性期とは、長期にわたる療養や介護などが必要な患者への医療提供を行う時期です。

<sup>35</sup>合併症とは、「ある病気が原因となって起こる別の病気」または「手術や検査などの後、それらがもとになって起こることがある病気」の二つの意味を持っています。

<sup>36</sup>健康増進計画とは、都道府県が、健康増進法第8条の規定に基づき、住民の健康の増進の推進に関する施策について定める基本的な計画です。

<sup>37</sup>休日・夜間急患センターとは、かかりつけ医にかわって、休日や夜間に診療を行う医療施設です。

<sup>38</sup>在宅当番医制とは、当番医院を決めて休日（日曜・祝日・年末年始）に救急患者の対応をする制度です。

<sup>39</sup>一次救急とは、入院の必要がなく、外来での対処が可能な患者に施す治療またその処置を行う救急をいいます。

専門職等、在宅での医療を担う人材の確保

⑦その他

- ・行政、医療機関による地域住民への地域医療構想の普及啓発
- ・病床機能の分化、連携に関する住民理解の促進
- ・在宅医療の意義、適正受診等の普及啓発

(3) 地域医療構想における阪神北圏域の現状と課題、具体的施策

①病床の機能分化・連携の推進

(現状と課題)

- ・高度急性期病床、回復期病床が不足し、急性期及び慢性期病床が過剰
- ・阪神北圏域は圏域内完結率 71.8%と県内で最も完結率が低い
- ・5つの公立・公的病院は同規模で地域医療の中核的役割を果たしており、病床バランス、不足する医療機能への対応を連携して行うことと基幹病院間の機能強化が必要

(具体的施策)

- ・公立、公的病院のあり方について、三次救急医療機能や感染症対策等、広域・高度専門的な医療提供体制について、病床機能の転換を踏まえ、基幹病院<sup>40</sup>間で定期的な情報交換の場を持ち、再編統合も視野に入れた連携と今後のあり方を検討する。
- ・地域の医療需要に応じて各医療機関において、不足する医療提供体制の整備や医療機能の分化・連携を推進する。

②在宅医療の充実

(現状と課題)

- ・在宅看取り率<sup>41</sup>が 19.2%と全県平均より低い
- ・在宅医療と介護の連携を深めていくための人材の育成が必要

(具体的施策)

- ・在宅看取りの推進
- ・在宅療養者の病状急変時の後方病床の確保
- ・阪神北圏域における認知症疾患医療センター<sup>42</sup>（兵庫中央病院）や認知症対応医療機関<sup>43</sup>等による、認知症患者に対する在宅医療・介護関係機関の基盤整備並びに連携の強化

<sup>40</sup>基幹病院とは、高度な医療機能を備え、地域の医療に中心的な役割を果たす病院のことです。

<sup>41</sup>在宅看取り率とは、死亡者のうち在宅での死亡者の割合をいいます。

<sup>42</sup>認知症疾患医療センターとは、認知症患者や家族が安心できる生活のための支援の一つとして、都道府県および指定都市が指定する認知症専門の医療機関をいいます。

<sup>43</sup>認知症対応医療機関とは、認知症の方の相談・診療等に対応する医療機関です。かかりつけ医などの身近な医療機関で一般的な認知症の相談・診断・治療を行うことができる医療機関をⅠ群、鑑別診断等が必要な方の診断を実施する専門医療機関をⅡ群として県が登録制度を設けています。



- ・多職種が協働して在宅医療を提供するための合同研修会等の開催

### ③医療従事者の確保

(現状と課題)

- ・医師・看護師・介護職全ての確保が厳しい状況にある

(具体的施策)

- ・限られた医療資源の中で効率的に質の高い医療を提供するために、基幹病院間での機能分化、連携を促進

## (4) 兵庫県保健医療計画<sup>44</sup>における阪神北圏域での5疾病4事業の現状

### ①医療需要

阪神北圏域は、宝塚市、伊丹市、川西市、三田市、猪名川町の4市1町であり、平成24年(2012年)10月の本市国民健康保険データでは、市民の外来受療地域は、市内医療機関が73%、阪神北圏域の他市が7%、阪神南圏域が9%、県外が9%でその他の地域が2%となっています。一方で、市民の入院受療地域は、市内医療機関が46%、阪神北圏域が9%、阪神南圏域が21%、県外が21%と、他の圏域への依存が多い状況でした。

地域医療構想では、阪神北圏域の圏域内完結率が71.8%と県内で最も低く、不足する医療提供体制の整備が求められています。

### ②5疾病の提供体制の現状

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病の圏域内の医療提供体制は、兵庫県保健医療計画で、以下の通り記載されています。

(ア) がん

- ・緩和ケア病棟を有する病院

第二協立病院、宝塚市立病院、市立川西病院

- ・緩和ケアチーム<sup>45</sup>を有する病院

近畿中央病院、市立伊丹病院、市立川西病院、宝塚市立病院

- ・専門的ながん診療の機能を有する医療機関(がん診療連携拠点病院<sup>46</sup>)

近畿中央病院★、市立伊丹病院☆、三田市民病院(★国指定、☆県指定)

- ・専門的ながん診療の機能を有する医療機関に準じる病院

<sup>44</sup>保健医療計画とは、医療法第30条の4に基づいて、日常生活圏で通常必要とされる医療の確保のため、都道府県が作成する整備計画のことで、二次医療圏を単位とし、地域医療の効率化・体系化をはかるものです。

<sup>45</sup>緩和ケアチームとは、緩和ケアを受けている患者さんとその家族が直面している痛み、悲しみ、恐怖などの改善に向けて取り組む、医師、MSW、看護師、管理栄養士、薬剤師、作業療法士などの多職種で構成するチームのことです。

<sup>46</sup>国は、がんの診療等に関して、地域のがん医療の核となる病院を2次圏域に1箇所程度整備することを目標としており、その指定を受けた病院を国指定のがん診療連携拠点病院といいます。県では国指定の病院だけではがん医療の推進が困難と判断し、県が指定するがん診療連携拠点病院を設けています。県が指定するものには、県指定に準じる病院という区分もあります。

市立川西病院、宝塚市立病院、兵庫中央病院

(イ) 脳卒中（急性期医療）

- ・脳卒中の急性期医療を担う医療機関（当直体制）  
伊丹恒生脳神経外科病院、宝塚市立病院
- ・脳卒中の急性期医療を担う医療機関（オンコール体制<sup>47</sup>）  
三田市民病院、ベリタス病院、市立伊丹病院、近畿中央病院

(ウ) 急性心筋梗塞（急性期医療）

- ・急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関  
東宝塚さとう病院、三田市民病院（心臓バイパス術<sup>48</sup>不可）

(エ) 糖尿病（専門治療）

- ・糖尿病の専門治療を担う医療機関  
近畿中央病院、市立伊丹病院、兵庫中央病院、三田市民病院、市立川西病院

(オ) 精神疾患

- ・精神病床を有する医療機関  
伊丹天神川病院、自衛隊阪神病院、あいの病院、三田西病院、宝塚三田病院
- ・県指定認知症疾患医療センター  
兵庫中央病院

### ③ 4 事業の提供体制の現状

(ア) 救急医療

一次救急について、圏域内の4市1町は、医師会の協力のもと、休日等応急診療所<sup>49</sup>を開設していますが、平日深夜帯などに一部空白時間帯があります。住民の利便性の向上と二次救急医療機能の強化を図るため、一次救急医療体制の充実を図る必要があります。

二次救急は、阪神北圏域病院群輪番制<sup>50</sup>に15医療機関（三田市除く）が参加しています。

三次救急を担う救命救急センターは阪神北圏域内にはなく、阪神南圏域と合わせた阪神ブロックとして県立尼崎総合医療センター、兵庫医科大学病院と県立西宮病院が指定されています。

<sup>47</sup>オンコール体制とは、医師をはじめ、救急担当やオペ室看護師など、医療従事者が患者の急変時や、救急搬送時に勤務時間外であっても呼ばればいつでも対応できるように待機していることです。

<sup>48</sup>心臓バイパス術は、冠動脈バイパス手術とも呼ばれ、狭くなった心臓の冠動脈に、体のほかの部分から採ってきた血管をつなげて迂回路を作る手術です。

<sup>49</sup>休日等応急診療所とは、休日等に軽症者のための救急医療を担当する医療施設です。

<sup>50</sup>病院群輪番制とは、いくつかの病院が当番日を決めて救急医療を行うことをいいます。

#### (イ) 小児救急医療

阪神北圏域の一次小児救急を担う施設として、平成 20 年度(2008 年)に阪神北広域こども急病センターが設置され、二次小児救急の病院群輪番制と相まって、一次・二次救急体制が順調に維持できています。また、県立尼崎総合医療センターが二次救急の後送病院としての役割を担っています。

#### (ウ) 周産期医療<sup>51</sup>

周産期に関しては、阪神北圏域だけでなく、阪神南圏域も合わせた阪神ブロックでの態勢となっています。周産期に関する高度かつ専門的な医療提供を担う総合周産期母子医療センターは、県立尼崎総合医療センターに設置され、周産期に関する比較的高度(二～三次)の医療を担う地域周産期母子医療センターは、兵庫医科大学病院と県立西宮病院に設置されています。また、地域周産期母子医療センターと協力してハイリスク妊婦<sup>52</sup>またはハイリスク新生児<sup>53</sup>の診療を行う協力病院は、関西労災病院、近畿中央病院、市立伊丹病院となっています。

#### (エ) 災害医療

平成 8 年(1996 年)に大規模災害にも対応できる広域災害・救急医療情報システム<sup>54</sup>を県全体で構築し、平成 15 年(2003 年)にはこれを Web 化し、その後も機能の拡充を行っています。入力情報の信頼性の向上や情報入力体制等の検討が必要となっています。

また、災害拠点病院<sup>55</sup>の整備や兵庫DMAT<sup>56</sup>等の災害医療従事者研修などが継続的に実施されています。阪神北圏域では、市立病院が災害拠点病院に指定され、DMATを保有しています。

---

<sup>51</sup>周産期医療とは、妊娠後期(妊娠 22 週以降)から早期新生児(生後 1 週未満)までの出産前後の時期の母子・母胎を総合的に管理してその健康を守る医療をいいます。

<sup>52</sup>ハイリスク妊婦とは、妊娠の継続や出産の状況によって母子両者、またはいずれかの重大な予後が予想される妊婦のことで、より丁寧できめ細かいケアが必要な妊婦のことです。

<sup>53</sup>ハイリスク新生児とは、既往及び所見から生命予後に対する危険が高いと予想され出生後のある一定期間観察を必要とする新生児をいいます。

<sup>54</sup>広域災害・救急医療情報システムとは、災害時に都道府県を越えて災害医療情報をインターネット上で共有し、被災地域での適切な医療・救護にかかわる情報を集約・提供する、厚生労働省が運営しているシステムです。

<sup>55</sup>災害拠点病院とは、地震・津波・台風・噴火等の災害発生時に、災害医療を行う医療機関を支援する病院のことで、各都道府県の二次医療圏ごとに原則 1 か所以上整備されます。

<sup>56</sup>DMAT(Disaster Medical Assistance Team)とは、医師、看護師、業務調整員(医師・看護師以外の医療職及び事務職員)で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期(おおむね 48 時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームです。

## (5) 市立病院の現状と課題

### ①高度急性期病床と回復期病床

阪神北圏域においては、平成 26 年（2014 年）の病床機能報告において高度急性期病床は 25 床で、平成 37 年（2025 年）の必要病床数に大きく不足する結果となりました。

高度急性期の定義は、定性的には集中治療室<sup>57</sup>やハイケアユニット<sup>58</sup>をいいますが、定量的には、医療資源の投入量（医療法施行規則別表および厚生労働省医政局通知に基づく区分）が 3,000 点/日以上のもを指します。

地域医療構想に記載された病床の必要量は定量的区分を用いることとなっていますので、定性的区分での集中治療室 4 床（1%）のみの報告は、市立病院の高度急性期病床数を過少評価したものといえます。

市立病院の高度急性期病床は、定量的区分では、全病床の 40%前後で、平成 28 年度（2016 年度）の病床機能報告については、集中治療室に加えて、2 病棟を高度急性期病床として報告しています。

なお、他の急性期病院においても、定量評価による病床機能報告後は、定義上の高度急性期は増加すると思われます。

一方で、阪神北圏域の圏域内完結率が低い要因については、三次救急医療体制の未整備などが考えられますが、このことは市立病院のみで解決が図れるものではなく、圏域内公立病院との今後の連携・協議のなかで検討すべき課題と考えています。

以上より、市立病院は、地域医療支援病院<sup>59</sup>として、今後も地域の急性期医療を継続して提供する役割を担うため、回復期病床への対応については、今後の圏域内の病床機能の推移を見極めた後に検討することとします。

### ②二次救急医療提供体制の強化

市内の一次救急は、市立病院を含む 5 か所の救急指定病院<sup>60</sup>と、市立休日応急診療所<sup>61</sup>が担っていますが、今後、高齢化に伴う患者の増加が予測されます。

現在、市立病院の救急受入は、独歩の患者を含めた、いわゆる一次救急患者の受診が多く、一方で、救急医療センターの稼働に伴い二次救急患者の受入機能も飛躍的に向上しています。

<sup>57</sup>集中治療室とは、病院内の施設の一つで、呼吸、循環、代謝その他の重篤な急性機能不全の患者の容態を 24 時間体制で管理し、より効果的な治療を施すことを目的としています。英語では「Intensive Care Unit」と呼び、「ICU」呼ばれることがあります。

<sup>58</sup>ハイケアユニット(HCU)とは、集中治療室(ICU)と一般病棟の中間に位置する病棟で、ICUから移されてきた患者を対象とした高度治療室のことをいいます。

<sup>59</sup>地域医療支援病院とは、平成 9 年 4 月の医療法の第 3 次改定で制度化された医療機関の機能別区分の一つで、病床数が 200 床以上の病院であることや、他の医療機関からの紹介患者数・逆紹介患者数比率が一定以上であること、地域の医療従事者の向上のため生涯教育等の研修を実施していることなどの一定要件をクリアした病院のことです。

<sup>60</sup>救急指定病院とは、消防法第 2 条第 9 項により 1964 年の「救急病院等を定める省令（昭和 39 年 2 月 20 日厚生省令第 8 号）」に基づき、都道府県知事が告示し指定する病院のことで、救急告示病院ともいいます。

<sup>61</sup>宝塚市立休日応急診療所とは、かかりつけ医が休診する休日・祝日、そして年末・年始に内科に限って応急処置をする宝塚市が運営する診療所です。

このため本市としても、夜間・休日の新たな医療体制や救急医療の役割分担について、市医師会や市立病院を含む市内の救急指定病院とともに、そのあり方を検討・協議していく必要があると考えています。

#### ③地域の医療機関との連携強化、「かかりつけ医」を持つことの啓発

市立病院は、地域医療支援病院として地域完結型医療<sup>62</sup>を推進しています。地域の診療所のみならず、市内7病院の連携を推進するため、「宝塚市7病院地域連携連絡会<sup>63</sup>」を通じて市内病院との連携の強化に取り組んでいます。

また、脳卒中、大腿骨頸部骨折、がん（胃がん、大腸がん）連携パス<sup>64</sup>の運用をさらに拡大することも必要です。

一方、市立病院は阪神北圏域の基幹病院として、h-Anshin むこねっと<sup>65</sup>等のICTを活用した地域医療連携の強化も必要です。

さらに、本市としても、市民に対して「かかりつけ医」を持つことについての啓発を一層推進していくことも必要です。

#### ④医療従事者の確保

不足し必要な診療科の医師確保にむけて、関連大学との情報交換を密にして連携を強化することで、地域の医療需要に見合う医師確保に向けて取り組むことが必要です。また、医師事務作業補助者<sup>66</sup>の採用など、医師の勤務状況の改善を図ることも必要です。

加えて、適切な看護体制を維持するため、看護師の離職防止や確保に向けた取り組みとして、夜間保育<sup>67</sup>を含む院内保育所の強化、夜勤専従者<sup>68</sup>の採用など、子育て中の看護師が安心して働き続けられる職場環境の向上も必要です。

---

<sup>62</sup>地域完結型医療とは、急性期から回復期在宅療養に至るまで地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制をいいます。

<sup>63</sup>宝塚市内の7病院が、2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築に向けて、相互連携関係をより一層、強化・充実することを目的に設立しました。7病院とは、宝塚市立病院、宝塚第一病院、宝塚リハビリテーション病院、こだま病院、宝塚病院、東宝塚さとう病院、宝塚磯病院です。

<sup>64</sup>脳卒中、大腿骨頸部骨折、がん（胃がん、大腸がん）連携パスとは、脳卒中、大腿骨頸部骨折、がん（胃がん、大腸がん）患者に対して、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいいます。

<sup>65</sup>h-Anshin むこねっととは、阪神医療福祉情報ネットワークとも呼ばれ、医療連携の普及によって、患者が複数の医療機関を受診する機会が多くなる中、地域完結型医療を推進し、地域内に分散した診療情報を一つに集約し各医療機関内で共有化するために、阪神間で構築した医療連携システムのことです。平成26年4月に稼働しました。

<sup>66</sup>医師事務作業補助者とは、医師が行う業務のうち、事務的な業務をサポートする職種です。医療秘書や医療クラーク、メディカルアシスタント（MA）などと呼ばれることもあります。

<sup>67</sup>夜間保育とは、夜の18時を過ぎて、保護者が仕事などの事情により、子どもの保育ができない場合、保護者に代わって保育をすること、またその制度のことです。

<sup>68</sup>夜勤専従者とは、夜勤のみに従事する働き方のことです。

## ⑤ 5 疾病の提供体制の推進

### (ア) がん

市立病院は、「専門的ながん診療の機能を有する医療機関に準ずる病院」として、緩和ケア<sup>69</sup>をはじめ、手術、化学療法<sup>70</sup>の体制強化に努めてきました。がんの集学的治療の提供に向けて、平成 29 年度(2017 年度)中に(仮称)がん治療センターを設置し、放射線治療の開始や化学療法のさらなる推進など、がん診療連携拠点病院を目指して取り組むことが必要です。

また、がんの地域連携パスをさらに進めることで、がん診療の拠点化を推進することも併せて必要です。

### (イ) 脳血管疾患(脳卒中) 対策

市立病院では、従来どおり「脳卒中の急性期医療を担う医療機関」を継続することがその役割です。

なお、中期計画で記載していた S C U<sup>71</sup>の整備については、中期計画策定後、近隣の医療機関における脳卒中の受入れが進んでいることもあり、設置の効果と費用の両面から慎重に検討することが必要です。

### (ウ) 心疾患(急性心筋梗塞) 対策

現状の医師体制では、急性心筋梗塞に対応するための 365 日の日当直体制が構築できないため、オンコール体制での対応を進めてきました。

今後の救急体制には心臓血管外科との連携も重要となるため、24 時間 365 日の日当直体制を構築し積極的に急性心筋梗塞患者を受け入れることは課題があると考えています。

今後とも、十分な数の医師が勤務している昼間の緊急受入や、これまでも積極的に取り組んできた四肢の動脈硬化疾患の治療を進めていくことが必要です。

### (エ) 糖尿病対策

これまで糖尿病専門医の確保に向けて取り組んできましたが、医師不足のため、非常勤医師での対応となっています。引き続き、糖尿病専門医の確保に向けて取り組む必要があります。

---

<sup>69</sup>緩和ケアとは、生命を脅かす病気をかかえる患者とその家族に対し、痛みの緩和や、不安などの心理的・精神的苦痛および社会的問題を取り除くことを目的に、人の自由と尊厳を重視して行われる患者中心の全人的な援助のことをいいます。

<sup>70</sup>化学療法とは、化学物質を用いて生体内の病原寄生体に対し直接その増殖を阻害したり殺菌することによって疾患を治療する方法をいいます。

<sup>71</sup>SCU(Stroke Care Unit)とは、脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)の患者さんを専門医療スタッフがチームを組んで計画的に診療を行う治療室です。

#### (オ) 精神疾患対策

週 2 日の非常勤医師による診療体制をさらに強化するため、非常勤医師を増員し、せん妄<sup>72</sup>患者や精神医療の支援を必要とする患者への対応向上に取り組むことや、市立病院の高度医療機器で実施している認知症の画像診断<sup>73</sup>によって、地域の認知症診療を支援していく必要があります。また、兵庫県が実施する病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修<sup>74</sup>等を活用し、認知症のある患者さんへの対応能力の向上を図ることが求められます。

### ⑥ 4 事業等の提供体制の推進

#### (ア) 救急医療

市立病院では、救急医療の推進のため、断らない救急に取り組んでいます。一方、継続的に救急医療を進めていくためには、担当職員の負担軽減も重要です。そのため、市立病院での適切な二次救急医療の提供にむけて、市内の一次救急を担う医療機関を明確にするなど、本市としても、市医師会や市内の救急指定病院とともにあり方を検討していく必要があります。

また、少子高齢化が進行する中、高齢の救急患者の増加を想定する必要があり、救急車で突然の入院を余儀なくされた高齢者の円滑な退院支援に向け、福祉(行政)と連携した患者サポート体制等を構築する必要があります。

#### (イ) 小児救急医療

小児科病床の確保については、需要に応じた柔軟な対応を行うことで、阪神北圏域での病院群輪番制に適切に対応しています。今後とも、本体制が継続できるよう取り組む必要があります。

#### (ウ) 災害医療

災害拠点病院として、様々な状況を想定した災害訓練の実施や、DMATの派遣体制の強化、食糧等の備蓄を行い、災害時に即応できる体制整備に取り組むことが必要です。

#### (エ) 周産期医療（および婦人科医療）

現在、市内には分娩可能な診療所が 3 か所あるため、通常分娩の提供体制は充足し

---

<sup>72</sup>せん妄とは、意識混濁に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態をいいます。

<sup>73</sup>認知症の画像診断とは、頭部 CT スキャン、MRI といった脳の形をみる検査や、脳 SPECT（スペクト）などの脳の働きをみる検査によって、認知症であるかどうかの診断を行うことをいいます。

<sup>74</sup>病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修とは、病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修で、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施の確保を図ることを目的としています。

ています。安全な周産期医療の提供には、高齢出産に伴うハイリスク分娩<sup>75</sup>の増加や緊急時にできるだけ短時間で対応できる体制が重要であり、市立伊丹病院との産婦人科連携によって需要に応えていくことが必要です。

一方、市内に婦人科の入院診療を提供する医療機関がないことより、同連携の下、常勤医を確保し、平成32年度（2020年度）を目途に婦人科入院診療の再開に向けて取り組む必要があります。

## 4. 地域包括ケアシステムと市立病院

### （1）地域包括ケアシステムの現状

地域包括ケアシステムとは、国が平成37年（2025年）を目途に構築することを推進している、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のことをいいます。地域包括ケアシステムは、本市、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会などの関係団体、地域の医療機関、介護施設、地域包括支援センターなどで働く専門職はもちろん、民生委員・児童委員、地域の住民などもその構成員となるため、これらの地域包括ケアシステムに携わる人々が連携することが必要となります。

国と自治体は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療・介護の改革、病床機能改革、診療所機能の拡充、多様な生活支援サービスとの連携推進についての検討を、地域の実情に合わせて進めているところです。その中では、高齢者のみならず、心身の状態が悪化した住民に対するケアについても必要性が議論されています。

新ガイドラインでは、中小規模病院<sup>76</sup>にあっては、在宅医療に関することなど地域包括ケアシステムの構築に向けて、大規模病院<sup>77</sup>にあっては、緊急時における後方病床<sup>78</sup>の確保や人材育成など病院の特性に応じて、果たすべき役割を明確化することを求められています。

### （2）在宅医療・介護連携の推進

介護保険法の地域支援事業では、医療と介護の両方が必要な高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らせるように、市町村が、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの関係団体、医療や介護の関係機関・団体と連携し、平成30年度（2018年度）までに以下の（ア）～（ク）の8つの事業に取り組むことが示されています。

#### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

<sup>75</sup>ハイリスク分娩とは、40歳以上の初産婦、極端な肥満の初産婦、妊娠高血圧症候群重症などの胎児（新生児）・母体のいずれかまたは両者に重大な危険性が予想される分娩をいいます。

<sup>76</sup>中小規模病院とは、病床規模が200床未満の病院をいいます。

<sup>77</sup>大規模病院とは、病床規模が200床以上の病院をいいます。

<sup>78</sup>後方病床とは、在宅医療や介護施設から見て、患者や入居者の病状の急変の際、速やかに入院医療を提供できる病床のことをいいます。



- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 在宅医療と在宅介護の切れ目のない提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

現在、医療、介護、行政の担当者が世話人となって、毎月、「宝塚市地域包括ケアシステム研究会(3つの若葉を育てる会)<sup>79</sup>」が開催されています。

一般的に医療従事者と介護従事者との間には、職種間の壁により、円滑なコミュニケーションが成り立ちにくい環境にあります。この会では、互いに顔の見える関係を築き、医療と介護連携に関する種々の問題の解決を図ることを目的としています。

### (3) 医療と福祉（行政）連携の推進

生活に課題を抱えた高齢者が病院に救急搬送され、急性期医療を受けた後に円滑に退院、転院できない事例が増加してきており、医療と介護だけでなく、福祉（行政）との連携も必要です。現状のように、病院と福祉（行政）が事例ごとに相談する方法では、情報共有と解決までに多くの時間と労力を要することから、病院と福祉（行政）が一体となって円滑かつ、迅速に連携していくことができる仕組みを構築することが重要です。

### (4) 市立病院の現状と課題

- ①本市、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会などの関係団体、地域の医療機関、介護施設、地域包括支援センターなどとの情報共有の円滑化

「宝塚市地域包括ケアシステム研究会（3つの若葉を育てる会）」を通じて、地域の医療・福祉（行政）・介護関係者がお互いの顔が見える連携を構築できます。これにより、病院事務職、MSW、病棟看護師、リハビリテーション専門職、栄養や歯科職員も含めた全職員が、「治す医療」とともに「支える医療」の必要性を理解し、(2)の(エ)と(カ)を中心として地域の医療・福祉（行政）・介護関係者を支援することが市立病院の役割です。

また、急性期病院や回復期病院・慢性期病院で構成される市内7病院の対応（入退院の対応・介護職や福祉（行政）との連携等）を円滑に進めるため、「宝塚市7病院地域連携連絡会」の一員として、行政とも連携し種々の問題の解決に向けた検討を開始しています。

<sup>79</sup>宝塚市地域包括ケアシステム研究会（3つの若葉を育てる会）とは、医療・介護・福祉に関わりがあり、宝塚市の地域包括ケアシステム整備の推進に賛同する者を主たる対象として、在宅療養を可能な限り円滑に進めるための研究・研修・情報交換を行い、この分野の進捗発展並びに普及を図ることで地域包括ケアシステム整備の推進に寄与することを目的とし、2015年2月に発足しました。宝塚市や医療、介護、福祉に関連する多くの団体が参加しています。

## ②円滑な退院に向けた多職種連携並びに地域の関係機関で働く職員への研修

退院後の在宅療養生活において、かかりつけ医や訪問看護、地域包括支援センターなど地域のさまざまな関係機関との調整が必要な場合は、退院前合同カンファレンスの開催が必要です。退院前合同カンファレンスは、医師、看護師、MSW<sup>80</sup>、理学療法士などの院内スタッフとかかりつけ医、訪問看護師、地域包括支援センター、サービス提供事業所、福祉（行政）など地域の関係機関が参加して行われ、医療の内容、生活に必要なこと、退院後のサービスについて情報共有することで、円滑な退院につながるとともに、地域の関係機関で働く職員への研修効果も期待できます。

また、市立病院が主催する様々な勉強会は、地域の関係機関から多くの参加を得ており、今後も市立病院の重要な役割として継続することが必要です。

## ③在宅医療受療患者急変時の緊急入院の受け入れ

事前に在宅医療担当医より登録のある在宅医療受療患者については、在宅医療担当医が緊急時に入院が必要と判断した場合、24 時間体制で入院を受け入れる、すなわち救急医療の面からも在宅医療を支援することが必要です。

なお、やむをえず市立病院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関を紹介することも含まれます。

## 5. 経営の効率化等

### (1) 医療提供体制の課題と医師確保策

安定的な経営を維持するためには、適切な医療機能の確保と費用削減・抑制策が必要ですが、市立病院の医療提供体制並びに経営上の大きな課題に、呼吸器内科の診療体制があります。

呼吸器内科は、平成 26 年度(2014 年度)より常勤医が不在となり、入院診療を休止しました。平成 27 年(2015 年)7 月には 1 名の医師確保ができましたが、平成 29 年(2017 年)3 月末現在、常勤医が不在となっています。このため、複数の呼吸器内科医の確保を最優先課題とするとともに、他の診療科においても不足する医師確保に取り組む必要があります。

---

<sup>80</sup>MSW (Medical Social Worker) とは、保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることを担当する職員です。

## (2) 給与費対策

給与費の多寡を計る指標として、職員給与費比率(職員給与費<sup>81</sup>÷医業収益)があります。新ガイドラインにおいては、それぞれの病院の業務委託規模により職員給与費に反映されない人に係る費用もあるため、職員給与費比率は経営状態を見る上での必須の指標としないことが記載されていますが、経年の変化を計る上での重要な指標と考えています。同様の指標で、決算書の数値をそのまま利用して算出する給与費比率(給与費÷医業収益)があります。一般に公表している資料からは、こちらの方が算出し易く分かり易いため、市立病院では給与費比率を使用しています。

### 給与費比率

(単位:千円)

	H25	H26	H27
医業収益	9,308,795	9,193,758	9,961,818
給与費	5,431,524	5,415,386	5,868,285
経常損益	151,469	-339,371	-127,202
給与費比率	58.3%	58.9%	58.9%

市立病院は、平成 27 年度(2015 年度)に救急医療センターを開設し、平成 30 年度(2018 年度)に(仮称)がん治療センターの開設が予定されていることより、今後、給与費の増嵩が予測されます。質を確保しながら安全な医療を提供するには必要なスタッフの確保は重要ですが、必要とする業務に対するスタッフ数はもちろん、適切な職種の選択や雇用形態の多様化により、給与費を収益に見合った適切な水準に制御する必要があります。

## (3) 材料費、経費<sup>82</sup>の継続的な削減

材料費と経費は、継続的な診療材料の見直し、クリニカルパス<sup>83</sup>の内容見直し、後発医薬品への切り替え、委託業務内容の見直しや複数年契約の推進など、これまでの取り組みを継続することで将来もムダな費用を生じさせないことが必要です。

## (4) 医業収益の増加策

安定した医業収益確保のためには、安定的な入院患者数の維持と、一定の診療報酬(収入)が確保された医療の提供が求められます。入院患者数の維持については、例年、上半期の患者数が伸び悩み、下半期に一定の稼働状況が得られる傾向が継続しています。また、診療収入が得られる手術件数の増加にむけては、手術室稼働率<sup>84</sup>の向上に向けて取り組んでいく必要があります。これらとともに、下記の取組みによって、収益の確保に取り組むことが必要です。

- ・ 1 日平均入院患者数 350 人の維持
- ・ 曜日毎の手術室稼働率の均一化による手術件数の増加
- ・ 増加する入院需要に対応できるよう、クリニカルパスの見直しや運用拡大による平均

<sup>81</sup>職員給与費とは、総務省が毎年度実施する地方公営企業決算状況調査において用いるもので、病院の決算書上の給与費から児童手当やアルバイト職員の賃金を控除するなどの調整を行って算出します。

<sup>82</sup>経費とは、病院で発生する費用のうち、給与費、材料費、減価償却費、利息等以外のものを指します。具体的には、委託料、光熱水費、報償費、修繕費などがあります。

<sup>83</sup>クリニカルパスとは、治療や検査、処置などの実施内容や順序を示したスケジュール表のことです。

<sup>84</sup>手術室稼働率とは、手術室の運用時間中、手術で利用している時間の割合のことです。

在院日数の短縮

- ・地域連携の強化による紹介患者<sup>85</sup>数の増加
- ・将来の診療報酬改定<sup>86</sup>に向けた情報収集と適切な対応

#### (5) 人材の育成

市立病院が地域の基幹病院として存続していくには、医療従事者からも選ばれる病院でなければなりません。病院職員の技術向上やプロフェッショナルとしての自覚を促すために、学習と成長に関し、研修及び人材育成、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境、働く職員の満足度の向上のため、以下のようなことに取り組む必要があります。

##### ①研修及び人材育成

- ・人材育成基本方針に基づく計画的な人材育成
- ・職員の納得が得られ、人材育成につながるような人事評価制度の運用
- ・医療分野の専門・認定資格を持つ職員の育成
- ・障害者への合理的配慮、個人情報保護、医療倫理、患者の権利、接遇などを含む教育・研修の組織的・計画的な実施と評価

##### ②職場環境の改善

- ・ワーク・ライフ・バランスに配慮した人事制度の運用
- ・多様な勤務形態の検討

##### ③職員の満足度の向上

- ・職員からの意見・要望を聞く仕組みの整備など、職員にとって魅力ある職場づくりに向けた検討

#### (6) 経営感覚に富む人材の登用・育成

病院事業を健全に経営するには、単に費用を削減するのではなく、医療機能、患者満足や収益などに見合う費用なのかというバランス感覚や、医師・看護師をはじめとした専門職と意思疎通ができることが重要になります。このような経営感覚に富む人材を院内外から積極的に登用し、育成することが病院経営には必要です。

#### (7) 患者満足向上に向けた取り組み

市立病院では、患者が安心して入院できるよう、平成25年(2013年)2月に入院支援センターを開設し、入院前に患者さんと面談して入院に必要な情報の収集や退院に至る課題等について整理をしています。また、退院後の医療や生活までを総合的にサポートする(仮称)患者総合サポートセンターの設置を平成30年度(2018年度)に予定しています。

(仮称)患者総合サポートセンターの開設によって、患者さんの入院から退院後までを見据えた状況を職員と共有することや、どのような相談にもワンストップで対応できる体

<sup>85</sup>紹介患者とは、診療所や他の医療機関から紹介状を持参し来院した患者をいいます。

<sup>86</sup>診療報酬改定とは、保険診療の際に医療行為等の対価として計算される報酬が2年に一度見直しされることをいいます。

制ができ、安心して治療を受けられる環境が構築できます。

## 6. 一般会計負担の考え方

公立病院は、公共性と経済性を発揮しつつ、独立採算を維持することが原則ですが、一定の経費については、地方公共団体（本市）の一般会計において負担するものとしています。

### （1）一般会計において費用負担を行う範囲について

地方公営企業法では、一般会計から負担を受けることのできる経費を、①性質上、地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費（不適當経費）、②地方公営企業の性質上能率的な経営を行っても、なおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費（困難経費）としています。

前者は、救急医療確保のための経費や、医療相談などの保健衛生に関する行政経費などであり、後者は、周産期医療、高度医療、特殊な医療などで採算を取ることが困難である経費があげられます。また、地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業に補助をすることができるとされています。

### （2）一般会計繰出金の算定基準について

本市の一般会計から病院事業会計への繰出は、いわゆる「繰出基準」と呼ばれる毎年度の総務省自治財政局長通知「地方公営企業繰出金について」に沿って行います。しかし、前述の市立病院がその役割を果たす上でどうしても必要な場合は、本市と市立病院が協議した上で、繰出基準にはない繰出を行うことも考えられます。

## 7. 数値目標

各年度の数値目標は以下のとおりとします。

### (1) 医療機能等に係る数値目標

項目	H27 実績	H28 見込	H29 目標	H30 目標	H31 目標	H32 目標
救急車受入件数(件)	4,767	4,286	4,800	4,900	5,000	5,000
がん入院患者数(人)	2,036	2,230	2,250	2,350	2,450	2,500
手術室手術件数(件)	3,445	3,476	3,550	3,600	3,650	3,700
在宅復帰率(%)	95	97	95	95	95	95
紹介率(%)	58	62	63	64	65	66
逆紹介率(%)	99	102	105	110	110	110
平均在院日数(日)	11.6	11.5	11.2	10.9	10.7	10.5

- ・平成28年度(2016年度)の数値は、件数と人数は4月から9月の実績を2倍して算出しています。しかし、救急車受入件数は例年、下半期の方が多くなる傾向にあるため小さく算出されていると考えられます。
- ・救急車受入件数は、平成28年度(2016年度)の進捗が上記の変動の要因もあり、平成27年度(2015年度)を下回っていますが、最終年度の5,000件を目標に平成31年度(2019年度)に達成できるよう目標設定しました。
- ・がん入院患者数は、プラン最終年度の2,500人を目標とし、放射線治療開始後には年100人のがん入院患者数増を見込みました。
- ・手術室手術件数は、プラン最終年で3,700件を目標としました。手術枠の見直しにより、週1例、年間50件増を毎年継続することを想定しました。
- ・在宅復帰率については、現状で既に一定の数値を得ていますので、継続して目標数値を下回らないよう取り組みます。
- ・紹介率については、これまで60%を目指して取り組んできましたが、今年度上半期の実績より、今後、各年度1%の増加を目標とします。また、逆紹介率についても年間5%増を目標に地域医療連携に取り組みます。
- ・在院日数は、パスの見直しと、近隣病院との連携を推進することで、最終年度に10.5日を目指します。

(2) 経営指標に係る目標

項目	H27 実績	H28 見込	H29 目標	H30 目標	H31 目標	H32 目標
経常収支比率(%)	98.9	99.6	100	100	100	100
医業収支比率(%)	93.5	94.9	95	95	95	95
1日当たり延入院患者数(人)	329.9	346.1	350	350	350	350
入院患者1人1日当たり診療収入(円)	52,835	53,667	54,484	55,371	56,241	57,786

・平成28年度(2016年度)の数値は、収支見込みを基に算出しています。

## 8. 収支計画

各年度の収支計画は以下のとおりとします。

(1) 損益計算書

(単位:百万円)

項目	H29	H30	H31	H32
医業収益	10,789	11,010	11,199	11,455
入院収益	6,960	7,074	7,185	7,382
外来収益	3,130	3,238	3,316	3,374
その他	698	698	698	698
医業費用	11,189	11,450	11,788	11,940
給与費	6,166	6,240	6,438	6,528
材料費	2,344	2,396	2,440	2,499
経費	1,945	1,951	1,981	1,982
減価償却費	694	824	889	891
その他	40	40	40	40
医業損益	-400	-441	-589	-485
医業外収益	953	972	1,013	1,050
医業外費用	449	453	500	542
経常損益	103	78	-76	23

主な算定条件

- ・入院収益は、診療日数365日、1日当たり患者数は350人、1人1日当たり診療単価は毎年度ベース部分が1.2%上昇する他、平成30年度(2018年度)の(仮称)がん治療センターの稼働、平成32年度(2020年度)からの婦人科入院診療の再開による収入増を織り込んでいます。
- ・外来収益は、診療日数が243日、1日当たり患者数は933人、1人1日当たり診療単価は毎年度ベース部分が1.1%上昇する他、平成30年度(2018年度)の(仮称)がん治療センターの稼働による収入増を織り込んでいます。
- ・給与費は、平成28年度(2016年度)の決算見込みの数値に、平成30年度(2018年度)に開始する放射線治療に係る職員増、現在実施している給与カットが終了する影響、平成32年度(2020年度)から予定している婦人科入院診療の再開による職員増を織り込んでいます。

- ・材料費は、平成 28 年度(2016 年度)の入院収益と外来収益の合計に対する材料費の見込み比率が一定として算出しています。
- ・経費は、平成 28 年度(2016 年度)の見込額に放射線治療棟開設による保守費用の増等を見込んで算出しています。
- ・消費税は、平成 31 年度(2019 年度)に 9%、平成 32 年度(2020 年度)以降は 10%として算出しています。
- ・経常損益の継続的な黒字化を目標にしていますが、平成 31 年度は放射線治療機器等にかかる減価償却と消費税の影響により、一時的に赤字となる見込みです。

(2) キャッシュ・フロー計算書

(単位:百万円)

項目	H29	H30	H31	H32
<b>業務活動によるキャッシュ・フロー</b>				
材料購入支出	-2,344	-2,396	-2,440	-2,499
人件費支出	-6,169	-6,184	-6,452	-6,541
医業収入	10,270	10,490	10,680	10,935
負担金補助金	1,007	1,003	999	994
その他	-2,417	-2,349	-2,425	-2,452
小計 (A)	346	564	361	438
<b>投資活動によるキャッシュ・フロー</b>				
有形固定資産取得支出	-1,669	-807	-865	-581
繰入金	378	402	448	483
その他	0	0	0	0
小計 (B)	-1,291	-405	-418	-98
<b>財務活動によるキャッシュ・フロー</b>				
企業債収入	860	972	607	879
企業債償還	-668	-811	-900	-974
一時借入金増減	-500	0	250	-200
その他	-50	-400	0	0
小計 (C)	-357	-239	-43	-295
資金増加額 (D=A+B+C)	-1,303	-80	-99	45
資金期首残高 (E)	1,524	221	142	42
資金期末残高 (D+E)	221	142	42	87

期末時点の資金繰りのための借入金残高

(単位:百万円)

項目	H29	H30	H31	H32
市、水道局からの借入	1,400	1,700	1,700	1,700
銀行からの借入	0	0	250	50

主な算定条件

- ・業務活動によるキャッシュ・フローは、(1) 損益計算書を基に算出しています。
- ・有形固定資産取得支出は、毎年度の投資予算執行額の 90%の支払いが次年度に行われると想定しています。そのため、投資した年度内に受け取る企業債収入と年度のズレが生じます。

説明

- ・上記数が負の場合は現金の支出を、正の場合は現金の収入を表わします。



- ・平成 29 年度（2017 年度）の有形固定資産取得支出が大きくなっているのは、平成 28 年度（2016 年度）予算に計上している（仮称）がん治療センターに係るものを全て執行し、その支払の大部分が平成 29 年度（2017 年度）にあると想定しているためです。
- ・資金繰りのための借入金は、前述の退職手当組合に加入していることで生じた資金不足を埋めるために行っています。これが増加しないようにすることが重要です。

## 9. 再編・ネットワーク化

### （1）阪神北圏域の現状と問題点

兵庫県地域医療構想では、高度急性期病床と回復期病床が不足している旨が報告されています。しかし、入院診療の出来高分<sup>87</sup>として 3000 点以上の医療行為を実施した患者数をもって高度急性期とする、地域医療構想の定量的区分に基づけば、市立病院の 40%前後が高度急性期病床であるという現状があり、市立病院の高度急性期病床が著しく不足しているとはいえないと考えています。

一方で、阪神北圏域には三次救急の受入病院が無く、地域医療構想では阪神南圏域や他圏域との広域での三次救急機能のあり方と連携体制の構築の必要性を求めています。阪神北圏域の公立 4 病院と公的 1 病院の医療機能や規模は同等であり、現状では、圏域内で三次救急への対応が可能となる状況にはありません。

また、三田市民病院を除く宝塚、伊丹、川西の各病院はいずれも開設後 30 年以上が経過しており、建て替え等の計画が迫っていることや、阪神北圏域の圏域内完結率が 71.8%と県内で最も低く、患者は阪神南、神戸、大阪府へ流出していることも課題といえます。

このような状況より、圏域内の公立病院が、将来の阪神北圏域の公立病院のあり方について連携して検討することが重要と考えています。

### （2）ネットワーク化の現状

#### ①市立伊丹病院との産婦人科連携

平成 20 年(2008 年)4 月より、市立病院は産婦人科医師不足を要因とした産婦人科の入院診療を休止しました。一方で、市立病院と同じく、産婦人科医師不足が課題となった市立伊丹病院と連携することで、広域での周産期医療体制の構築を推進する大阪大学より医師派遣が可能となりました。本連携では、分娩は市立伊丹病院のみで実施し、広域での周産期医療提供体制を構築します。また、連携開始から 5 年後を目途に、市立病院において婦人科の入院診療を再開することを計画しています。

これらの周産期医療機能を維持するための費用は、本市、伊丹市両市で負担することになっています。

<sup>87</sup>入院医療費は、1 日当たりの定額部分と手術やリハビリなどの診療行為毎に加算される部分で構成されています。前者を包括分、後者を出来高分と呼びます。

## ②阪神北広域こども急病センター

3. (3) ②に記載の通り、平成 20 年度(2008 年度)に、本市、伊丹市、川西市、猪名川町、3 市医師会、兵庫県が協力して、阪神北広域こども急病センターが稼動しました。同センターが小児の一次救急を担い、市立病院、市立伊丹病院、市立川西病院、尼崎医療生協病院が輪番で二次救急を担うと共に、県立尼崎総合医療センターがその後送病院となっています。三次救急は、県立こども病院と兵庫医科大学病院となっており、小児の救急医療体制が確立しています。

## ③h-anshin むこねっとの活用

「h-Anshin むこねっと」は、患者さんの同意のもとに、各医療機関に保管されている医療情報を高度に暗号化してインターネットで結び、医療機関相互で共有することにより、診療に役立てるための仕組みです。つまり、このシステムは ICT を活用して複数の医療機関を接続し、診療情報を共有して地域全体で医療に取り組むシステムです。

「h-Anshin むこねっと」により、阪神南北圏域(尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、本市、川西市、三田市、猪名川町)の 7 市 1 町を提携エリアとし、医療機関をつないだネットワークシステムが構築されています(以上 HP より)。

市立病院は、阪神間を ICT で繋ぐ医療福祉情報ネットワークシステム「h-anshin むこねっと」の活用を図っています。

## (3) 阪神北圏域の将来にむけた本市並びに市立病院の課題

「地域完結型医療」は地域医療構想の本旨であり、全ての患者さんが圏域内の医療機関で受療できることが望ましい姿といえます。従って、阪神北圏域で不足する三次救急等の機能については、近隣自治体で連携・協議していきます。

市立病院は、病院開設後 32 年を経過し、今後、建て替え等についての検討を開始する必要があります。その際には、兵庫県や圏域内の自治体や公立病院との協議の場を設け、連携と今後のあり方について議論を進めていく必要もあります。

## 10. 経営形態の見直し

### (1) 市立病院の現状

市立病院は、平成17年(2005年)3月まで、地方公営企業法の一部適用<sup>88</sup>をうけ、平成17年(2005年)4月より、地方公営企業法の全部適用<sup>89</sup>のもと現在に至っています。

全部適用では「事業管理者」を置くため、経営・医療現場にも精通した事業管理者に、責任と同時に権限を与えることで、現場の実情を反映した効率性の高い経営が可能となると言われており、一部適用よりも、全部適用の方がより企業性を発揮できる制度といえます。

### (2) 経営形態見直しの考え方

現行の経営形態では解決が困難な課題に直面した場合、課題解決のための経営形態を選択する検討を行う必要があります。例示的には、以下のようなことが考えられます。

- ・ 経常損益の赤字拡大が継続し、安定的な経営を維持できないとき。
- ・ 経営形態の見直しが地域住民にメリットをもたらすことが明らかな場合。

なお、経営形態見直しに当たっては、患者や病院職員に与える影響を考慮し、慎重に検討することが求められています。

### (3) 各経営形態のメリット・デメリット

地方公営企業、一部事務組合、地方独立行政法人、指定管理者、PFIそれぞれの一般的なメリットとデメリットは以下の通りです。

経営形態	メリット	デメリット
地方公営企業(地方公営企業法全部適用)  現在の市立病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専任の事業管理者に病院運営に関する広範な権限が与えられ、機動的、弾力的な運営が可能</li> <li>・ 予算の議決や決算の認定を受けるため、市民の代表である議会の意向が病院運営に反映される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員定数管理の権限はなく、制度上独自の給与設定が可能となるが、実態としては一般会計や水道事業会計との均衡を考慮し、それらと同様の給与制度となることが多い</li> <li>・ 一般会計で行っていた、人事、給与、労務管理業務などを病院で行うことになり、管理部門の拡充や事業管理者の設置により人件費等が増大する</li> </ul>

<sup>88</sup>地方公営企業法の一部適用とは、地方公営企業法の財務規定等の部分に限って適用している状況のことをいいます。

<sup>89</sup>地方公営企業法の全部適用とは、地方公営企業法を財務規定等の部分だけでなく、その他の部分も含めて全部適用している状況のことをいいます。

経営形態	メリット	デメリット
<p>一部事務組合</p> <p>複数の市町が行政サービスの一部を共同で行うことを目的として設置する組織</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単独では実施困難な事業が実施できる</li> <li>・スケールメリットが発揮でき、事務の効率化を図ることができる</li> <li>・より高度な行政サービスの提供ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・組合の管理部門や議会が必要となる</li> <li>・市町村が独自性を発揮して実施できる政策の範囲が狭まることもある</li> <li>・組合と構成市町村との調整が必要となり、意思決定の迅速性、的確性が阻害されることがある</li> <li>・住民にわかりにくく、市町村との責任関係も曖昧になることがある</li> <li>・一部事務組合の機関決定が先行して、構成市町村からの歯止めが効かず事務的なチェック機能が働かなくなることもある</li> <li>・人事の固定化・硬直化を招くことがある</li> </ul>
<p>地方独立行政法人</p> <p>住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、市町自ら主体となって直接に実施する必要のないものうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されない恐れがあるものと市町が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として設立される法人</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長に病院運営に関する権限が与えられ、職員の任免<sup>90</sup>や多様な雇用形態・人事配置、給与体系の見直しなどで自立的な運営が可能になる</li> <li>・柔軟かつ迅速な組織・人事管理や弾力的な予算執行が可能になり機動性・効率的な事業運営ができる</li> <li>・運営実績が外部機関から評価を受けるため、事業の透明性が確保できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな人事制度の導入や会計基準の変更に伴う人事給与・財務会計システム構築などに多額の初期経費が必要</li> <li>・役員、会計監査人<sup>91</sup>報酬、評価委員会<sup>92</sup>の設置、管理部門の拡充などに伴い経常経費が増加する</li> </ul>

<sup>90</sup>職員の任免とは、職員を採用することと辞めさせることをいいます。

<sup>91</sup>会計監査人とは、地方独立行政法人の決算書等を第三者の立場から監査する役割を持つ公認会計士または監査法人のことで。

<sup>92</sup>評価委員会とは、地方独立行政法人の業務実績について評価を行い、必要に応じて改善勧告を行うなど、目標・評価制度の根幹となる役割を果たすものです。

経営形態	メリット	デメリット
<p>指定管理者</p> <p>公の施設の設置の目的を効果的に達成するため必要があると認めるときは、条例の定めるところにより、法人その他の団体であつて、普通地方公共団体が指定する者に、当該公の施設の管理を行わせることができる制度</p> <p>この場合、地方公共団体が医療法上の開設者に、指定管理者が医療法上の管理者となる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間事業者の経営ノウハウを活用した病院運営ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引受先がない場合が想定される</li> <li>・契約期間中に指定管理者の破綻等の理由で業務の継続が困難になる場合があり、その対応が必要</li> <li>・経済性を優先するあまり、政策医療の水準が低下する可能性がある</li> <li>・現職員が全て退職になる</li> <li>・契約期間満了後の指定管理者を見つけられない恐れがある</li> </ul>
<p>P F I</p> <p>Private Finance Initiative の略で、公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町に多くの資金がなくても実施できる</li> <li>・複数の業務を包括して委託することで、個別に委託するよりも重複や隙間が少なくなりコストが抑えられる</li> <li>・性能発注になり、事業者が業務の結果に責任を負うため、民間のノウハウに基づいて質の高いサービスの提供と費用の適正化の双方が期待できる</li> <li>・長期契約となるため、事業者は長期的視点に立って投資や人員配置が可能になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政がこれまで以上に事業者の業務状況を把握して管理、指導を行わなければ、サービスの品質低下を招く恐れがある</li> <li>・事業者の選定に当たって、そのノウハウや事業計画の評価が必要となり、事務が増加する</li> <li>・資金調達コストが市町の起債より高くなる可能性がある</li> </ul>

## 1 1. 点検・評価・公表

### (1) 住民の理解のための取組

今後、病床機能を大きく変更する場合や経営形態を変更する場合など、市民への医療提供環境に大きな変化をもたらす可能性がある場合は、市民に適切に情報を提供して理解を得られるよう努める必要があります。

### (2) 点検・評価・公表

新プランの進捗については、市民への適切な情報提供が求められています。

このため、年1回以上、市立病院で点検・評価し、その内容を病院事業運営審議会に諮り、結果を市立病院ホームページ等で公表することが必要です。

また、各年度に取り組む具体的な方策については、アクションプラン(行動計画)を別途策定して、数値目標を定めて進行管理を行うことも必要です。

さらに、アクションプランについても、市病院事業運営審議会に定期的に報告し、その進捗状況を毎年度病院ホームページで公表することが必要です。

宝塚市病院事業運営審議会諮問書

宝塚市諮問第 23 号

宝塚市病院事業運営審議会

宝塚市新病院改革プランの策定について（諮問）

宝塚市病院事業運営審議会規則第2条の規定により、別紙のとおり諮問します。

平成28年8月16日

宝塚市長 中川 智子

(別紙)

平成28年8月16日

宝塚市病院事業運営審議会 会長 様

宝塚市長 中川智子

### 諮 問 趣 旨

総務省より、病院事業を設置している地方自治体において、「新公立病院改革ガイドライン」に基づいた新たな改革プランを策定することについて、平成27年3月31日付けにて通知がありました。

宝塚市立病院では、本ガイドラインに基づき、平成29年3月までに「宝塚市新病院改革プラン」を策定するにあたり、市立病院と市にて策定委員会を設置し、諮問案を作成いたしました。

本案について、市病院事業運営審議会の皆さまの視点でご意見をいただき、よりよいプランにしたいと考えています。

このため、「宝塚市新病院改革プラン」の策定について諮問するものです。

宝塚市病院事業運営審議会名簿

◎会長、○副会長

選出区分	氏名	所属	任期
医療機関等の代表者	明渡 寛	宝塚市医師会	H28.5.1 ~ H30.4.30
	金川 清人	宝塚市医師会	H28.5.1 ~ H30.4.30
	田川 宣文	宝塚市歯科医師会	H28.5.1 ~ H30.4.30
	村上 史恵	宝塚市薬剤師会	H28.5.1 ~ H30.4.30
公共的団体の代表者	福住 美壽	宝塚市民生委員・児童委員連合会	H28.5.1 ~ H30.4.30
	○ 村上 茂樹	宝塚市介護保険事業者協会	H28.5.1 ~ H30.4.30
	吉村 雅子	宝塚市自治会連合会	H28.5.1 ~ H30.4.30
知識経験者	西山 静香	兵庫県看護協会	H28.5.1 ~ H30.4.30
	細谷 友雅	兵庫医科大学病院	H28.5.1 ~ H30.4.30
	◎ 森脇 俊雅	関西学院大学 名誉教授	H28.5.1 ~ H30.4.30
関係行政機関の職員	野原 秀晃	宝塚健康福祉事務所	H28.5.1 ~ H30.4.30
一般公募	榊原 裕	一般公募	H28.7.1 ~ H30.6.30
	森山 隆輝	一般公募	H28.7.1 ~ H30.6.30
	山本 麗子	一般公募	H28.7.1 ~ H30.6.30





## 宝塚市立病院改革プラン 2017

平成 29 年（2017 年）3 月発行  
編集：宝塚市立病院経営統括部  
〒665-0827 宝塚市小浜 4 丁目 5-1  
TEL:0797-87-1161  
FAX:0797-87-5624